



Spett.le  
**ENTE NAZIONALE di PREVIDENZA e ASSISTENZA  
della PROFESSIONE INFERMIERISTICA**  
Via Alessandro Farnese, 3  
00193 Roma

## INTERVENTO STRAORDINARIO PER CALAMITA' NATURALI

### Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Codice fiscale
---------	------	----------------

iscritto all'Ente dal	Esonerato dall' Ente dal	Pensionato Ente [si] [no] dal.....
-----------------------	--------------------------	---------------------------------------

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Stato civile
-------------------	-------	-----------------	--------------

### Residente in

Via/Piazza	Comune	Prov.	CAP	Tel.
------------	--------	-------	-----	------

## CHIEDE

l'erogazione di un sussidio straordinario, trovandosi in una condizione di grave disagio causata dalla calamità naturale per il seguente motivo:

- sospensione o riduzione forzata dell'attività professionale;
- immobile di proprietà demolito;
- immobile di proprietà gravemente danneggiato;
- immobile di proprietà lesionato;
- spese sostenute dell'iscritto o del pensionato, ovvero di appartenenti al nucleo familiare\* del medesimo ed a suo carico, utili per dimostrare lo stato di bisogno causato dalla calamità naturale;
- altro.....

### ovvero:

- l'erogazione del sussidio per aver prestato attività nell'ambito delle operazioni poste in essere dall'Associazione CIVES – Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria.

Il/La sottoscritto/a comunica il codice IBAN per l'erogazione:

IBAN (\*)

(\*) Dal 1 gennaio 2008, l'IBAN (International Bank Account Number) sostituisce le tradizionali coordinate bancarie (ABI, CAB e numero di conto corrente). (27 cifre alfanumeriche)

**Documentazione da allegare alla domanda:**

- copia di un documento di identità
- relazione peritale dei danni riportati o attestazione di pubblico ufficiale accompagnata da preventivo di spesa o fatturazione;
- documento attestante le giornate dedicate all'Associazione CIVES Nazionale
- modello ISEE del nucleo familiare del richiedente, riferito all'ultimo anno fiscale disponibile
- ogni altro documento utile a dimostrare lo stato di bisogno.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Informativa sulla privacy**

La informiamo che, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, i dati e le informazioni richiesti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati non saranno diffusi. Fermo restando il divieto di cui all'art. 26, 5° comma del D.Lgs 196/2003, i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

In ogni momento la S.V. potrà accedere a tali dati chiedendone la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione.

Titolare del trattamento è ENPAPI, Via Alessandro Farnese, 3 -00193- Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro-tempore dell'Ente.

**Autorizzazione al trattamento dei dati**

Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente **autorizza** il trattamento dei **dati personali**, eventualmente comunicati a soggetti terzi in relazione a specifici incarichi per servizi bancari, finanziari o assicurativi; attività di lavorazione a stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni agli assicurati; servizi informatici o di assistenza telefonica; archiviazione per conto dell'Ente, ed **autorizza**, inoltre, il **trattamento dei dati sensibili**, già acquisiti o che saranno acquisiti dall'Ente a seguito delle operazioni o dei contratti indicati dall'informativa, sempre nei limiti in cui gli stessi siano strumentali per la specifica finalità perseguita dall'operazione o dei servizi da me richiesti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SULL'INTERVENTO STRAORDINARIO PER CALAMITA' NATURALI**

**Misura della prestazione**

Con riferimento ai soggetti colpiti da calamità naturale il Consiglio di Amministrazione determina caso per caso la misura del sussidio riconosciuto, in relazione alle esigenze dell'interessato ed alle disponibilità economiche dell'Ente. L'importo sarà compreso tra un minimo di 2.500 euro ed un massimo di 10.000 euro. Il contributo potrà essere erogato anche ad integrazione di eventuali altri importi corrisposti allo stesso titolo da altri organismi di assistenza pubblica o privata.

L'attività svolta dagli Iscritti per mezzo dell'associazione CIVES è retribuita dall'Ente mediante emissione di un'apposita fattura. L'importo rimborsato verrà determinato in relazione alle giornate lavorative fornite. L'indennità giornaliera si otterrà dividendo per 360 il reddito assoggettato a contribuzione presso l'Ente per l'anno precedente la data nel quale ha avuto inizio l'attività. Nel caso in cui l'iscritto abbia maturato, nell'anno di riferimento, un'anzianità contributiva inferiore a 12 mesi, il divisore da applicare al reddito conseguito sarà pari a 30, per ogni mese di anzianità contributiva effettivamente maturata. All'importo così determinato si applicherà la percentuale del 60% che identificherà l'importo giornaliero rimborsabile.

**Presentazione della domanda.**

La domanda, redatta su apposito modulo, deve essere inviata all'Ente entro e non oltre il 31/12/2018.